NOUVELLE MÉTHODE OPÉRATOIRE

POUR LA CURE

DES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM.

PUBLICATIONS DU MÊME AUTEUR.

De l'emploi thérapeutique du nitrate d'argent, et spécialement de l'emploi de cette substance dans les maladies des membranes muqueuses.

De l'influence de l'air et des aliments sur la production et le traitement des maladies chirurgicales (Thèse de Concours).

De l'anatomie pathologique, du diagnostic différentiel et du traitement des tumeurs cancéreuses (Thèse de Concours).

De quelques phénomènes remarquables observés à la suite de l'étranglement herniaire.

Mémoire sur l'emploi du coton en chirurgie.

Observations cliniques recueillies à l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Note sur l'emploi du ratanhia contre la blennorrhagie.

Consultation sur un cas d'hermaphrodisme.

Note sur la lithotritie à l'occasion de deux faits remarquables observés dans le service clinique du professeur Lallemand.

Mémoire sur l'oedème de la glotte ou angine laryngée oedémateuse.

Mémoire sur les perforations spontanées du tube digestif, pour servir à l'histoire de la fièvre dite typhoïde.

Montpellier. J. MARTEL aîné, imprimeur de la Faculté de médecine.

(5)

NOUVELLE MÉTHODE OPÉRATOIRE

POUR LA CURE

DES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM.

Application de cette Méthode

DANS DIVERS CAS DE LÉSIONS ORGANIQUES

des autres Cavités naturelles du Corps Humain.

MÉMOIRE

LU A L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET DES LETTRES DE MONTPELLIER

(Section de Médecine),

le 8 Février 1847,

PAR J. BENOIT,

MEMBRE DE CETTE ACADÉMIE, ET PROFESSEUR-AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

AVEC PLANCHE.

MONTPELLIER

Louis CASTEL, Libraire, Grand'-Rue 32.

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE, Libraire, rue de l'Ecole de médecine 17.

1847

Nouvelle Méthode Opératoire

POUR LA CURE

DES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM.

I. Les cavités naturelles du corps humain, rapprochées de la surface tégumentaire et aboutissant à cette surface par des orifices plus ou moins considérables, sont le siége de lésions très-variées qui réclament l'intervention de la chirurgie. Les fosses nasales, la bouche, le pharynx, les cavités du rectum, du vagin, de l'utérus et de l'urèthre nous présentent, tantôt des altérations dans la texture de leurs parois qui deviennent impropres à la fonction qui leur est dévolue, tantôt des productions accidentelles nouvelles, ayant qualités différentes, et qui troublent également le jeu de l'organe.

Parmi ces lésions de toute nature, les unes sont placées près des orifices extérieurs, à portée de la main

et des yeux du chirurgien, et les manœuvres qu'elles suscitent peuvent être appelées directes; les autres ayant une origine plus profonde exercent notre sagacité instrumentale et opératoire, et nous obligent à agrandir la sphère naturelle de notre puissance à l'aide d'instruments intermédiaires et de procédés particuliers. Les secondes contre-indiquent, par leur position, des moyens dont l'application est aussi simple qu'efficace sur les premières : ainsi, par exemple, la ligature, l'excision, qui n'offrent en général ni danger ni difficulté quand il s'agit de tumeurs naissant dans le voisinage des orifices, deviennent graves, laborieuses et souvent impraticables, lorsque les lésions échappent à la vue et au toucher.

C'est spécialement dans la thérapeutique de ces dernières que de nouveaux progrès sont désirables. L'insuffisance de nos ressources chirurgicales dans la plupart de ces cas pouvait être prévue par la théorie, avant que la pratique vînt la démontrer d'une manière péremptoire. Ces réflexions s'appliquent surtout aux diverses maladies du rectum, rangées sous les titres de rétrécissements, végétations, polypes, hypertrophies partielles, bien que leur opportunité nous paraisse tout aussi démontrable à l'égard des lésions analogues de la matrice, du vagin, du pharynx, des fosses nasales, etc.

Mon intention est, dans ce travail, de soumettre au jugement éclairé de mes confrères, quelques idées nou-

velles sur le traitement de ces maladies. Partant de certains principes universellement acceptés, mettant à profit quelques inspirations heureuses de praticiens célèbres, et généralisant des applications jusqu'à ce jour exceptionnelles ou très-limitées, je suis arrivé à me tracer des règles de conduite que le succès m'a paru légitimer, et que je serais heureux de voir justifiées par l'approbation des hommes compétents.

Je concentrerai d'abord mon attention d'une manière exclusive sur les lésions de l'intestin rectum, et parmi ces lésions j'envisagerai premièrement les rétrécissements organiques. Il nous sera facile ensuite d'étendre nos conclusions à d'autres maladies de cet organe et aux maladies analogues des autres cavités.

II. Les rétrécissements du rectum constituent un genre de maladie assez commun, surtout à un âge avancé. Les médecins qui fréquentent les hospices de vieillards, savent qu'à part l'inertie de l'organe, il faut aussi invoquer souvent l'intervention d'une cause toute mécanique pour expliquer la rareté et la difficulté des excrétions. J'ai fait à ce sujet des observations que je me propose de consigner dans un autre travail, et qui me paraissent établir la fréquence, plus grande qu'on ne le croit généralement, de ces états pathologiques.

Parmi ces rétrécissements, il en est qui tiennent à

une dégénérescence de l'organe, à une affection cancéreuse qui l'envahit et menace d'oblitérer sa cavité. Quelle que soit l'importance du maintien ou du rétablissement des excrétions, on peut dire néanmoins que dans ces cas, l'indication chirurgicale est secondaire, et qu'à moins de pouvoir emporter la totalité du mal, n'ayant aucune action contre le principe qui l'alimente, nous devons nous résigner à une intervention palliative. Ces cas ne doivent pas nous occuper ici.

III. Bien distincts des précédents par leur nature et par le traitement qu'ils réclament, les rétrécissements ordinaires dépendent de lésions exclusivement locales et fournissent, eux seuls, l'indication.

Quelquefois cette disposition morbide est un vice congénital qui accuse, soit une maladie intra-utérine, soit une déviation de la loi de formation. Je parle uniquement des cas dans lesquels, l'anus étant normal, le vice de conformation est plus ou moins avant dans l'intérieur de l'intestin. Tel est le fait consigné par Petit dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie : à un pouce au-dessus de l'orifice, il trouva chez un enfant de naissance une espèce de diaphragme constitué par une membrane assez mince, qu'il incisa et qu'il acheva de déchirer avec le doigt. Les évacuations eurent lieu immédiatement, et l'enfant ne succomba que deux mois

plus tard à une affection de tout autre nature. Courtial nous a laissé une observation semblable. Heister et Engerrand avaient été moins heureux dans des opérations pratiquées pour des faits analogues.

IV. Les rétrécissements accidentels réclament une place plus large dans la pathologie du rectum. Si l'on étudie la disposition anatomique de cette portion du tube digestif, on ne manquera pas de noter comme saillantes certaines particularités qui viennent se ranger parmi les causes prédisposantes.

La tunique musculaire, que Bichat a justement comparée à celle de l'œsophage, est ici très-épaisse et se compose de fibres longitudinales et circulaires. Les premières prédominent d'une manière marquée dans les deux tiers supérieurs du rectum; elles ne sont pas divisées en faisceaux distincts comme dans le cœcum et les colons, mais elles se montrent uniformément répandues, très-nombreuses et très-rapprochées les unes des autres. Les secondes se trouvent presque seules dans le tiers inférieur; mais les cercles qu'elles forment, bien loin d'être continus, laissent entre eux des intervalles manifestes. Cette séparation en faisceaux circulaires isolés et superposés, est très-souvent portée au point de simuler une série de sphincters. C'est par ces motifs que l'on explique comment, à part le sphincter interne des anciens anato-

mistes, MM. Nélaton, Velpeau et autres, ont mentionné un troisième sphincter placé à 10 ou 11 centimètres au-dessus de l'anus. Ajoutons enfin qu'à mesure qu'elles se rapprochent de l'ouverture extérieure, les fibres circulaires perdent leur teinte blanchâtre pour revêtir la couleur vive des muscles de la vie de relation.

La muqueuse du rectum est plus épaisse que celle de tout le reste du tube digestif; elle présente un grand nombre de plis longitudinaux et parallèles que l'on a nommés *colonnes du rectum*, et qui s'effacent par la dilatation. En outre, ces plis sont coupés ou plutôt réunis par des bandes membraneuses obliques ou transverses qui limitent des lacunes dont la concavité regarde en haut. Ces plis transversaux forment, vers la partie inférieure, comme des rudiments de valvule, ayant quelque analogie avec celle du pylore et qui sont le point de départ du plus grand nombre des rétrécissements (1). L'irlandais J. Houston les a, le premier, bien décrits. Une pièce déposée par le professeur Dugès dans le Musée de notre Faculté, nous en offre un exemple remarquable.

La muqueuse n'est unie à la membrane charnue que par une lame celluleuse très-lâche et très-extensible (2).

---

(1) Velpeau, Anat. chir. T. II, pag. 307.

(2) Bichat (*Anatomie descriptive*) dit qu'*un tissu dense*

Cette laxité du tissu intermédiaire produit ce que l'on désigne sous le nom de *chute de l'anus*, qui n'est le plus souvent qu'un bourrelet ou un renversement de la membrane interne. La vascularité de ce tissu cellulaire sous-muqueux est très-considérable. Dans son épaisseur, se trouvent les plexus veineux et rampent un grand nombre de ramifications vasculaires de toute nature. Aussi peut-on dire qu'aucun intestin ne reçoit autant de vaisseaux sanguins que le rectum, proportionnellement à son volume.

V. Prenant en considération ces circonstances anatomiques, on peut, *à priori*, établir des présomptions sur les espèces de lésions dont cet organe est susceptible. L'absence presque complète de fibres circulaires dans ses deux tiers supérieurs, rend raison de l'extrême dilatabilité qu'il affecte à ce niveau; on l'a vu chez des sujets remplir la totalité de la cavité pelvienne. Cet agrandissement exagéré est, du reste, un fait si commun chez les vieillards, que, presque toujours, au lieu d'être arrondi sur sa face antérieure, le rectum présente une gouttière pour la prostate, qu'il déborde et enveloppe en quelque sorte des deux côtés malgré l'hypertrophie ordinaire de cette

---

sépare ces deux membranes. Les faits pathologiques, aussi bien que les dissections, contredisent cette assertion.

glande. Cette dilatabilité, à laquelle dispose l'absence des fibres circulaires au niveau du sacrum, est, en outre, favorisée par la concentration de ces sortes de fibres vers la région inférieure; en sorte que l'arrangement anatomique que la prévoyance la plus intelligente pouvait adopter pour soumettre à la volonté et à l'intermittence une fonction excrétoire qui n'aurait pu être continue sans grand dommage, forme une prédisposition matérielle à de nombreuses affections.

On conçoit, en effet, comment la diminution de ton, l'inertie, qui se font toujours ressentir à un âge avancé dans les organes de la vie nutritive, se manifestant dans les fibres propres à l'intestin, alors que les sphincters de l'orifice subissent l'action cérébrale et possèdent une énergie relative plus considérable, il en résulte, par le progrès de cet état de choses, une expulsion difficile, incomplète des matières excrémentitielles, une stagnation, un arrêt de ces matières dans la portion inférieure du tube digestif, dans les anfractuosités que dessinent ces replis muqueux, et par conséquent une provocation continue à l'établissement d'une inflammation, d'une fluxion plus ou moins actives, et le plus souvent d'une de ces irritations lentes, sourdes, qui transforment le mode de nutrition, qui président aux divers actes plastiques, qui, chez les individus purs de toute diathèse, réalisent les hypertrophies générales ou partielles, les productions

nouvelles homœoplastiques, les végétations polypeuses vasculaires simples, etc., et qui enfin, chez d'autres moins heureux, vicient profondément les actions organiques et amènent les dégénérescences malignes. Ajoutons que l'extrême vascularité de la région qui nous occupe, doit être prise en grande considération dans la pathogénie des états morbides dont elle est le siége; les fluxions sont fréquentes, elles s'établissent à la moindre occasion, et l'intégrité de texture est, pour ainsi dire, à chaque instant menacée.

VI. Toutes ces circonstances satisfont jusqu'à un certain point l'esprit qui cherche la raison de la fréquence des lésions organiques de toutes sortes que l'on observe dans la région du rectum. La membrane interne est à peu près constamment hypertrophiée; elle perd les caractères de souplesse, de ténuité qui sont communs aux muqueuses. Doublée d'un tissu cellulaire qui a subi la même transformation, elle constitue une espèce de plan charnu interne, d'autant plus consistant que la dilatation de l'intestin est plus chronique et plus exagérée. Le même accroissement en épaisseur et en densité se fait remarquer dans les replis ou brides intérieures; on trouve alors ces replis formant des cloisons transversales, des planchers qui rendent sinueuse la voie rectale, ralentissent et quelquefois empêchent la circulation des

matières solides. J'ai la conviction, a dit M. le professeur Dubrueil, dans une note fort judicieuse sur cette maladie, que ces replis sont fréquemment, par leur développement exagéré, soit congénital, soit accidentel, un obstacle à la régularité de la fonction (1).

Il n'est pas rare de voir ces obstructions déterminées par des productions charnues tout-à-fait insolites, qui ne sont tantôt que des débris flottants d'un repli muqueux déchiré pendant un violent effort d'expulsion, tantôt quelque appendice ayant une origine distincte, et dont le développement et l'allongement sont d'autant plus rapides que des tractions presque continues sont exercées sur lui par les matières en circulation, et que l'abondance et la stase des fluides en rendent la nutrition plus active.

Enfin, aux effets pathologiques qui se rattachent à la structure et à la fonction de l'organe, il importe de joindre, pour compléter son cadre nosologique, les résultats organiques qui dépendent des causes ou diathèses générales, de la syphilis, par exemple, de phlegmasies locales simples ou spécifiques, de blessures, d'ulcérations, de l'action de corps étrangers, et enfin d'organisations plastiques et de productions pseudo-membraneuses étudiées et signalées par Howship et

---

(1) Mém. des hôpitaux du midi. T. 1er, p. 401.

Delpech comme une cause efficace de rétrécissement intestinal (1).

VII. Disons, en terminant cet exposé préliminaire et comme énoncé d'une conclusion pratique, que parmi les rétrécissements du rectum il faut établir des catégories. Les uns, ce sont les plus fréquents aux yeux de quelques chirurgiens, sont dus à l'hypertrophie d'une portion quelconque des membranes ou du tissu cellulaire qui les unit; les autres se rapportent à des cicatrices, à des indurations dont la base embrasse une portion ou la totalité du contour du canal; quelques-uns enfin accusent la présence de tumeurs extra ou intra-rectales, de nature variable et quelquefois cancéreuse. Les premiers forment des membranes, des cloisons qui, laissant à l'intestin toute son ampleur, ne font que rendre sa cavité plus ou moins imperméable; les seconds, au contraire, établissent des adhérences anormales entre des faces contiguës des parois, et quelquefois se montrent sous la forme de brides circulaires qui rapprochent ces mêmes parois, les froncent, les confondent dans une portion variable de leur étendue.

Enfin, les rétrécissements sont dans les environs de l'orifice externe, et alors le chirurgien peut les saisir

---

(1) Mém. des hôp. T. I[er], p. 402.

avec le doigt, manœuvrer avec sécurité et user de toute sa liberté, soit dans l'action, soit dans le choix des moyens ; ou bien les rétrécissements sont profondément situés, et alors les ressources de la chirurgie se réduisent, le danger s'accroît et ne peut plus être aussi facilement évité : ces derniers sont spécialement le sujet de notre étude.

VIII. Le désir de bien poser les termes de la question, de présenter exactement mon point de départ, m'a fait insister sur les quelques détails qui précèdent, et qui pourraient paraître entachés de minutie si l'on ne savait que la chirurgie vit, avant tout, de connaissances topographiques exactes, et qu'aucune notion n'est indifférente lorsqu'elle se rattache aux éléments matériels du diagnostic d'une maladie et au perfectionnement des méthodes opératoires que cette maladie réclame.

IX. Maintenant je vais essayer de préciser l'état actuel de la thérapeutique chirurgicale à l'égard des rétrécissements du rectum. En mettant sous nos yeux ce que l'on a fait jusqu'à ce jour, il devient plus facile d'apprécier la valeur de toute proposition nouvelle. La comparaison s'effectue d'elle-même, et le contrôle s'établit sans effort quand les termes sont rapprochés.

Trois méthodes opératoires sont indiquées au prati-

cien en présence des rétrécissements du rectum : ce sont, en les énumérant d'après leur ordre d'importance et d'après la fréquence de leur application, la *dilatation*, l'*incision* ou *débridement*, l'*excision* et la *cautérisation*.

CAUTÉRISATION.

X. *A*. Cette dernière, la cautérisation, est à peine mentionnée par la plupart des écrivains, et à peu près complétement oubliée au lit du malade. Cependant, puisque le professeur Velpeau a exprimé sa surprise et ses regrets à l'occasion de cet abandon (1), nous devons, par respect pour l'autorité de ce savant confrère, légitimer en peu de mots l'opinion qui a généralement prévalu.

Cette méthode peut être qualifiée d'*insuffisante* ou d'*éminemment périlleuse*. Elle est insuffisante quand la cautérisation est légère, superficielle, quand l'agent caustique a peu d'énergie, car il ne suffit pas ici de modifier la vitalité des tissus. Cette provocation à un simple changement dans l'action moléculaire organique n'atteint pas le but lorsque l'altération est portée au point d'exiger notre intervention ; tout au plus est-elle utile dans ces rétrécissements spasmodiques du rectum, qui suivent des phlegmasies imparfaitement résolues, et que MM.

---

(1) Méd. opérat. T. III, p. 990.

Roche et Sanson disent se produire aussi dans certaines névroses (1). Mais, d'autre part, si l'on veut réaliser par la cautérisation tous les changements locaux, matériels qui sont désirables, l'opération n'est-elle pas accompagnée des plus grands dangers? Quel procédé assez ingénieux pourra jamais nous permettre de porter un agent destructeur dans la cavité intestinale, quelquefois à une assez grande hauteur, et de limiter exactement son action en profondeur et en surface, de manière à respecter les tissus qu'il importe de ménager? Considérons combien l'application de cette méthode a été justement réduite dans le traitement des coarctations uréthrales. Ici cependant tout lui est relativement plus favorable : simplicité de la manœuvre, connaissance précise de la forme et de la situation des organes, éloignement des régions dangereuses; tous ces priviléges que rend plus manifestes l'analogie des lésions, ne lui ont pourtant pas conservé la faveur avec laquelle elle fut accueillie; ses rares partisans s'évertuent encore à perfectionner son appareil instrumental dans le but illusoire de remédier aux vices qui lui sont propres, et il leur serait peut-être plus utile d'éclaircir la question préalable de sa valeur absolue.

Ainsi, la méthode de la cautérisation ne peut se justifier des graves reproches qui l'ont fait exclure. Dans

---

(1) Eléments de pathol. T. V, p. 152.

l'espèce, on ne peut ni prévoir ni arrêter ses effets, et de plus elle est à la merci de circonstances tout-à-fait contingentes, telles que l'humidité ou la sécheresse des membranes, leur plus ou moins de dureté, l'amincissement ou la dilatation des tissus, leur position anormale, l'activité variable et indéterminée de l'agent caustique, etc., circonstances qui ajoutent à l'incertitude des résultats. La cautérisation n'est donc pas une ressource chirurgicale que l'on puisse généralement invoquer dans le traitement des rétrécissements du rectum.

INCISION ET EXCISION.

XI. *B*. La méthode par incision consiste à introduire dans l'intestin un bistouri boutonné que l'on conduit à plat sur l'indicateur, et à pratiquer ensuite sur l'obstacle un débridement, soit simple, soit multiple, sans dépasser l'épaisseur du rectum. Le bistouri est généralement et à juste titre préféré au pharyngotome de J.-L. Petit, ainsi qu'au kiotome de Desault.

XII. Une première restriction, formelle et impérieuse, que cette méthode doit subir, amoindrit dès l'abord son importance. Ainsi, dès que la lésion n'est plus assez déclive pour que le doigt puisse précéder et diriger le bistouri, l'incision présente trop de dangers et devient impratica-

ble : dès-lors se trouvent soustraits à son action tous les rétrécissements qui s'élèvent au-dessus de l'anus au-delà de 8 à 9 centimètres. La disposition des parties ne nous permet pas d'attirer vers l'orifice le point affecté, et toute espèce de tâtonnement dans l'usage de l'instrument tranchant est, dans ce cas, comme toujours, absolument inadmissible.

En second lieu, il est un précepte établi dans tous les livres des chirurgiens et dont l'importance est unanimement reconnue : c'est celui de ne pas faire agir l'instrument tranchant sur la paroi antérieure du rectum, de peur d'intéresser la vessie, les vésicules séminales et la prostate chez l'homme, le vagin chez la femme (1); en sorte que lorsque la forme et le siége de la coarctation indiqueront d'une manière formelle cette sorte de débridement, ces circonstances anatomiques devront être pesées comme de sérieuses contre-indications.

XIII. Mais, considérée dans ses applications possibles et acceptables, l'*incision* provoque encore de légitimes appréhensions. Des faits trop nombreux ont mis en relief les dangers qui l'entourent. Les chirurgiens les plus habiles l'ont vu s'accompagner d'hémorrhagies

---

(1) Vidal de Cassis, Path. ext. T. IV, p. 700, 2e édit. — A. Bérard et Maslieurat-Lagemard, *Gaz. méd.*, 9 mars 1839.

rebelles, de péritonite, ou même, comme l'ont observé SABATIER et ENGERRAND, d'un épanchement mortel de matières stercorales. En conséquence, les armes de la critique sont puissantes contre cette méthode opératoire; mais, afin de fournir les éléments d'une appréciation plus rigoureuse, je crois devoir montrer comment cette méthode a été mise en œuvre par différents chirurgiens et dans des circonstances variées. Je ne ferai que relater d'une manière succincte les points principaux de deux observations qui peuvent servir de type.

OBSERVATION.

Rétrécissement valvulaire du rectum, situé à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'anus, datant de dix mois ; incision : mort.

Un homme de 28 ans, cultivateur, aux environs de Paris, qui avait constamment joui d'une bonne santé, fut pris, en 1840, de coliques d'abord légères et ne revenant qu'à intervalles assez éloignés. Peu à peu la douleur augmenta, les paroxysmes se rapprochèrent; il survint des vomissements, l'appétit diminua, les défécations devinrent rares et pénibles. Soulagé, dans les premiers temps, par les bains, les cataplasmes et les laxatifs, le malade ne trouva bientôt aucun moyen efficace à opposer à ses souffrances (juillet 1841). Dès ce moment les selles n'eurent lieu que tous les huit ou dix jours, et au mois de janvier 1842 elles ne furent

rendues qu'après dix-huit jours d'efforts et de souffrances atroces ; les matières étaient le plus souvent dures, moulées, de la grosseur d'un marron, enveloppées de mucosités blanchâtres.

Ce malade fut admis le 20 avril 1842 à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Breschet.

Le doigt ayant été introduit par l'anus, on sentit, à 3 centimètres de cette ouverture et à droite, une tumeur grosse comme un œuf de poule et d'une dureté considérable. Si le doigt la contournait en suivant toujours le trajet du rectum, on découvrait, à 7 ou 8 centimètres de l'anus, un rétrécissement circulaire, comme fibreux, présentant une assez grande résistance, et laissant néanmoins pénétrer l'extrémité du doigt au moyen de l'*élasticité* dont il était doué. (J'appellerai plus tard l'attention du lecteur sur cette *élasticité*, qui est propre aux rétrécissements de cette espèce, et qui mérite d'être prise en considération pendant les manœuvres opératoires.) Lorsque le doigt avait pénétré dans cet anneau, on sentait les matières fécales dures et réunies en une masse compacte, et on découvrait facilement que la tumeur mentionnée plus haut était formée par une *dépression latérale de l'intestin rempli de ces matières.*

M. Demarquay, auteur de la narration, MM. Breschet, A. Bérard, Récamier et Desprès furent unanimes pour diagnostiquer un rétrécissement valvulaire et fibreux de

la partie supérieure du rectum. L'état du malade ne permettant pas une plus longue expectation, et la nature étant évidemment impuissante contre une pareille lésion, l'opération fut résolue et confiée à M. Breschet. Il fut convenu que ce dernier ferait une *légère* incision à la valvule qui formait le rétrécissement.

En conséquence, le chirurgien introduisit l'index de la main gauche dans le rectum jusque dans l'anneau valvulaire lui-même; puis il glissa sur la face antérieure de ce doigt un bistouri boutonné, à tranchant concave (bistouri herniaire), et fit une *légère* incision, qui permit de franchir le rétrécissement et de toucher distinctement les matières accumulées au-dessus, ainsi que la poche formée par l'élargissement de l'intestin. Cette incision fut faite en arrière et à gauche. — L'opération n'eut aucun résultat satisfaisant. Aucune excrétion ne s'accomplit; des tentatives d'extraction furent vainement pratiquées au moyen d'une curette. Il y eut des vomissements de matières fécales, et le lendemain matin survint une débâcle qui ne précéda la mort que de quelques instants.

L'autopsie, faite en présence de MM. Breschet, Bérard, Amussat, Vidal, Thierry, Debrou et Demaux, démontra : 1° les traces d'une vive inflammation du péritoine, 2° une dilatation prodigieuse de l'S iliaque du colon et de la partie supérieure du rectum; 3° une

perforation de la partie supérieure du rectum, au-dessus et un peu en arrière de la partie opérée : cette perforation laissait librement pénétrer une sonde de femme; 4° au-dessous du repli muqueux qui couvrait la partie résistante du rétrécissement, se montrait en arrière et sur les côtés un cercle épais de fibres musculaires hypertrophiées; en avant, les fibres musculaires étaient converties en un tissu fibreux, assez dense et inextensible; 5° la totalité de la membrane musculaire du gros intestin présentait des fibres circulaires et longitudinales, épaisses et beaucoup plus apparentes que dans l'état normal.

XIV. Ce n'est pas ici le lieu de féconder cette intéressante observation en l'accompagnant de réflexions nombreuses qu'elle ne peut manquer de susciter dans l'esprit du praticien. L'instruction ressort de chacun des détails qui la composent. Le confrère qui nous l'a transmise, M. Demarquay, l'a fait suivre de quelques phrases explicatives, qui semblent n'avoir d'autre but que la justification du chirurgien et de son procédé. Suivant lui, la responsabilité de la perforation intestinale ne peut remonter jusqu'à M. Breschet, qu'il assure avoir agi avec la plus grande précaution et n'avoir entamé que la membrane muqueuse. A part que son argumentation me paraît plus spécieuse que bien fondée, il était inutile,

ce me semble, de supposer que l'on pût mettre en doute l'habileté de l'opérateur. La réputation de ce dernier n'avait rien à craindre de l'interprétation toute naturelle des faits, car l'insuccès se rattache surtout à la méthode opératoire. Il est rare, en effet, et trop souvent impossible, que l'homme de l'art le plus expert parvienne à remédier aux vices inhérents à la méthode qu'il emploie.

Nous l'avons déjà fait pressentir en parlant de la cautérisation; à côté d'un rétrécissement intestinal, les formes normales, la disposition, la texture des organes intéressés, et bien souvent celle des organes contigus, ont subi de profonds changements et exigent une nouvelle étude topographique qui, sur le vivant, présente les plus grandes difficultés. Lorsque cette notion n'est pas complète, le chirurgien doit rechercher les méthodes opératoires qui font la plus grande part à l'imprévu. On a vu, chez le sujet de l'observation précédente, qu'à côté du rectum s'était produit comme un second tube résultant du développement exagéré de l'une de ces anfractuosités que forme la muqueuse rectale. De là des replis, des sinuosités qui échappent à une rigoureuse appréciation, et, dès-lors, pourquoi s'étonner que le bistouri agisse en dehors du lieu d'élection? Comment son effet serait-il précis, mathématique comme il devrait l'être, si la région n'est pas rigoureusement définie, si

les parties sont mobiles, déformées par des adhérences accidentelles, s'il suffit même de l'introduction du doigt ou de l'instrument pour amener quelque mutation, pour refouler quelque relief qui viendra de lui-même tomber d'une manière inopportune sous le tranchant du bistouri ? Qui pourrait éviter les plus graves dangers, a dit MORGAGNI, dans ces sortes d'incisions cachées et profondes (1) ?

Avant d'aborder un autre sujet, je ne dois pas laisser passer, sans une mention rémémorative, la persistance de la rétention des matières malgré l'incision de l'obstacle. — L'instantanéité des résultats et le soulagement qu'ils amènent étant ordinairement signalés comme un privilége appartenant exclusivement à la méthode par incision, il était convenable de faire ressortir qu'elle est loin de répondre constamment sur ce point à l'attente du praticien, et que cette circonstance ne peut pas être invoquée pour établir sa supériorité sur les autres méthodes.

OBSERVATION.

Double rétrécissement du rectum ; débridement multiple.

XV. J'emprunte la relation suivante aux *Annales de thérapeutique médicale et chirurgicale* de janvier 1844.

« Une femme, âgée d'une trentaine d'années, était

---

(1) 32e Lettre.

depuis long-temps atteinte de rétrécissement du rectum. Elle entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert. — Le toucher fit sentir, à 5 ou 6 centimètres de l'anus, une coarctation valvulaire, épaisse et résistante; c'était comme une pièce de 1 franc, percée d'une ouverture centrale, et qui aurait été placée horizontalement dans la cavité de l'intestin; l'ouverture n'était pas plus grande que celle du tuyau d'une plume à écrire; les explorations produisaient de la douleur. M. Jobert, ayant placé la malade comme pour l'opération de la fistule à l'anus, a porté l'indicateur de la main gauche contre le rétrécissement, puis il a glissé sur ce doigt un bistouri boutonné, à lame étroite, qu'il a engagé dans l'ouverture du rétrécissement, et il a débridé sur trois points, c'est-à-dire en arrière et sur les côtés. Après ce débridement, le doigt a fait sentir une autre valvule au-dessus de la première; on l'a divisée de la même manière. La femme n'a pas accusé de douleur pendant le débridement de la première valvule, mais elle s'est vivement plainte pendant qu'on attaquait la seconde : il y a eu écoulement de quelques gouttes de sang. M. Jobert a pansé à l'aide d'une canule creuse en gomme élastique, du volume et de la forme du doigt indicateur, et couverte d'une bandelette de linge en doloire saupoudrée d'alun.—Nous avons revu (dit l'auteur de l'article) cette malade le lendemain; on venait de la

panser ; elle souffrait beaucoup de l'action de l'alun ; mais on sait, ajoute-t-il, que cette souffrance se dissipe au bout d'une à deux heures. »

Là se termine ce récit dont j'ai vainement cherché le complément, et qui, dépouillé d'un grand nombre de détails dont la notion est indispensable, ne peut avoir aucune portée : je ne l'ai reproduit que parce qu'il offre l'exemple du *débridement multiple* appliqué dans ces sortes de lésions. Quant aux réflexions qui l'accompagnent, comme le rédacteur s'est évidemment inspiré des leçons et des commentaires de M. Jobert, il sera peut-être utile à l'éclaircissement de la question de prendre acte de l'aveu qu'elles renferment. — Ainsi, quoique le rédacteur, peu soucieux des conséquences ultimes de l'opération, n'hésite pas d'hors et déjà à l'appeler éminemment *heureuse* et à prédire une guérison radicale, cependant il convient que la récidive est à craindre dans les cas semblables. Cet habile praticien, ajoute-t-il en désignant M. Jobert, nous a assuré lui-même qu'il avait observé le retour du mal, même après une pareille opération.

Remarquons encore, dans cette seconde observation, qu'il n'est dit nulle part que le débridement ait été suivi de quelques excrétions.

XVI. Je dois rappeler ici la modification apportée par

Petit de l'Académie de chirurgie au procédé par incision. Chez le malade que j'ai eu déjà l'occasion de signaler à propos des occlusions congénitales, Petit, redoutant la manœuvre par l'instrument tranchant, ne fit qu'entamer la valvule et acheva de la rompre avec le doigt. On conçoit que cette *déchirure*, seule ou consécutive à l'opération, ne peut trouver dans la pratique que des applications excessivement rares. En dehors de quelques espèces particulières et exceptionnelles de rétrécissements congénitaux, il n'en est peut-être aucune autre qui l'indique, qui même en permette l'exécution.

Tous les chirurgiens qui ont observé ces lésions chez l'adulte, s'accordent à reconnaître dans l'anneau de la coarctation une résistance forte, invincible même, à moins que l'on ne soit assez téméraire pour adopter le procédé d'Astley Cooper, dont je parlerai bientôt.

XVII. Je pourrais emprunter à l'histoire de notre art d'autres observations où l'on a usé de la même méthode opératoire ; mais elles présentent, pour ainsi dire, la même physionomie, et, pour les besoins de mon travail, le tableau me semble assez complétement dessiné.

Il en ressort peut-être suffisamment, pour les lecteurs qui ne sont dominés par aucune prévention, que la méthode par incision nous place entre deux écueils également dangereux : celui d'un débridement insuffisant

et par suite d'une manœuvre douloureuse sans résultat utile, et celui d'une lésion de tissus dont il importe de conserver l'intégrité. Espérer de marcher dans la ligne moyenne est le plus souvent une illusion ; plus souvent encore surviennent à la fois l'un et l'autre de ces accidents. L'observation rapportée plus haut, et empruntée à la clinique du professeur Breschet, nous en fournirait peut-être une première preuve sous la lumière d'une rigoureuse analyse.

Après avoir fait la part de ces objections, qui sont capitales, je dois en présenter une d'un ordre secondaire, mais qui n'est pas sans quelque valeur.

XVIII. Cette méthode laisse de chaque côté de l'incision les restes de la saillie intra-rectale : ce sont alors des débris, soit de valvules, soit de membranes indurées ou hypertrophiées, qui proéminent et forment encore obstacle au rétablissement des fonctions. Ces restes du rétrécissement, espèces de tubercules, empêchent la marche régulière des fèces, subissent leur frottement, s'enflamment, s'accroissent parfois, et renouvellent la série des accidents auxquels on a voulu remédier. C'est là ce que j'ai observé sur un rétrécissement peu profond qu'on essaya de traiter par cette méthode ; c'est là ce que d'autres ont vu comme moi, sans y ajouter la même importance. Le malade opéré par Dupuytren à l'Hôtel-

Dieu de Paris, le 26 juillet 1816, en fut un exemple authentique, et par là se trouve justifié le précepte donné par DELPECH : « Une simple division ou la section étoilée du rétrécissement, a dit cet illustre Maître, ont l'inconvénient commun de laisser subsister l'organe inutile ; il ne peut manquer de s'enflammer, et alors l'engorgement resserre l'ouverture, rapproche les côtés de la section, et restitue la cloison à peu près dans l'état primitif (1). »

Mais pour établir péremptoirement la réalité de cette complication à la suite du débridement des coarctations, qu'il me soit permis de citer l'analyse d'un fait consigné dans un journal allemand, la Gazette médicale de Berlin *(Medicinische Zeitung)*, février 1836. Il s'agit d'un rétrécissement du vagin, c'est-à-dire d'un conduit dont l'exploration ne présente aucune difficulté, et où l'on peut suivre de l'œil tous les phénomènes morbides dont il est le siége. Il sera aisé de conclure à ce qui doit s'accomplir partout ailleurs dans des circonstances analogues.

« Une femme, dit le docteur CARGANICO, accoucha avec difficulté de son premier enfant ; elle se rétablit avec lenteur, et trois ans plus tard elle devint enceinte pour la seconde fois. Le travail de l'accouchement déjà com-

---

(1) Mémor. des hôp. T. Ier, p. 402.

mencé, le médecin qui assistait la malade voulut s'assurer de l'état des parties ; mais il trouva le vagin étranglé, à la hauteur d'un pouce et quart, par un anneau de consistance cartilagineuse, inextensible, et permettant tout au plus l'introduction du doigt indicateur. Cet obstacle ne s'amoindrit point par les injections émollientes et opiacées ; il ne céda ni aux efforts de l'accoucheur, ni aux contractions de la matrice qui poussaient contre lui la tête de l'enfant. Il fallut le diviser à droite et à gauche avec un bistouri dont la lame était entourée d'une bandelette jusqu'auprès de sa pointe. Alors l'accouchement se termina de lui-même, et la délivrance fut prompte : le doigt porté dans le vagin sentit ensuite deux *nodosités* formées par les deux moitiés de l'anneau divisé. Bientôt il survint sur les côtés du vagin deux cordes longitudinales, saillantes surtout dans le tiers supérieur, où sa cavité se trouva comme partagée par une espèce de diaphragme en deux conduits, l'un antérieur et l'autre postérieur. La malade ne voulut subir aucune nouvelle opération. »

XIX. Ce simple narré, sans autre information, suffit pour démontrer que le débridement n'avait donné au vagin qu'une perméabilité tout-à-fait temporaire ; que la saillie restante de la coarctation n'avait pu s'effacer, malgré l'heureuse coïncidence d'une distension exagérée due au

passage de l'enfant ; et qu'enfin, la solution de continuité produite par l'instrument n'avait en définitive amené, par sa cicatrisation ultérieure, qu'une augmentation dans le degré du mal.

Et certes, de pareilles conséquences pouvaient être annoncées *à priori*, avant que la pratique eût fourni les éléments de leur démonstration. En effet, oubliez pour un moment les dangers qui se rattachent à cette méthode, ne l'envisagez que dans les résultats auxquels elle conduit, abstraction faite des accidents que l'on trouve sur la route. Quel est le but qu'elle peut atteindre? Ce qui se passe à la surface du corps, sous nos yeux, dans des régions abordables, nous éclaire sur ce point, et l'analogie nous donne la réponse seule légitime. Or, demandez aux chirurgiens ce qu'ils obtiennent de l'incision simple dans la division des doigts palmés, dans la section des brides, des cicatrices, dans l'agrandissement des cavités naturelles, buccales, nasales ou palpébrales, qu'une cause accidentelle a coarctées. La suppuration et la cicatrisation que provoque cette diérèse, ne ramènent-elles pas constamment la difformité? Les efforts et les soins du praticien le plus habile échouent contre la force de rétraction des cicatrices. Les corps dilatants peuvent détendre leur ressort, mais non le détruire, et celui-ci revient sur lui-même dès que les premiers n'agissent plus.

Prenons pour exemple les phénomènes que l'on observe après l'incision du sphincter anal, quelle qu'ait été du reste l'indication à remplir par cette opération. Cet anneau musculaire jouit d'une énergie de contraction remarquable : la douleur élève au plus haut degré la manifestation de cette propriété contractile ; aussi, lorsque la section est accomplie, le raccourcissement des fibres intéressées amène un tel écartement des lèvres de la plaie, que l'on pourrait croire à une véritable perte de substance, et que la portion intacte du pourtour de l'orifice semble réduite à la moitié de son étendue. Ajoutons à cette cause de dilatation permanente de la plaie le passage intermittent et douloureux des matières fécales, l'emploi des mèches ou autres objets de pansement, et nous aurons sans doute réuni toutes les circonstances les plus favorables pour aboutir à une cicatrice plane, large, en rapport avec la surface primitive de la blessure. — Et néanmoins quel est le langage des faits? Le tissu inodulaire se rétracte en dépit de tous les obstacles ; les corps dilatants sont expulsés de la plaie ; ce sont les fibres musculaires qui cèdent et leur font place, et, après un certain temps, la cicatrice est réduite souvent à un linéament imperceptible.

Tous ces actes se rapportent à une loi de physiologie pathologique qui n'admet pas d'exception. Quel que soit son siége, quelles que soient les causes qui ont amené

sa production, le tissu inodulaire agit à la manière d'un corps inorganique; il tend à un raccourcissement indéfini, et il ne s'arrête que lorsque sa puissance physique est physiquement contrebalancée. La notion de cette loi a provoqué des perfectionnements remarquables en médecine opératoire; elle a créé les branches les plus fécondes de l'autoplastie, et elle a expliqué des états morbides auparavant mal connus ou mal interprétés. C'est elle qui nous a donné la clef de ces déformations des grandes cavités splanchniques à la suite de suppurations intérieures, de cette opiniâtreté avec laquelle certaines obstructions se reproduisent, de l'inutilité et du danger enfin de quelques procédés opératoires appliqués aux coarctations des conduits excréteurs. Pour ne citer qu'un seul exemple, l'abus de la cautérisation *destructive*, dans les rétrécissements uréthraux, n'est devenu manifeste que lorsque de nombreux mécomptes ont fait réfléchir le praticien sur les conséquences immédiates de cette opération. Ce cas particulier est rentré dès-lors dans la loi générale qui régit la cicatrisation des tissus, et la thérapeutique s'est rejetée avec succès sur d'autres moyens à la fois moins dangereux et plus efficaces.

Je laisse à mes confrères le soin de tirer des faits et des considérations qui précèdent, les conclusions qu'ils croiront applicables à la méthode opératoire par inci-

sion dans les rétrécissements du rectum. Quant à moi, malgré quelques témoignages empruntés surtout à la chirurgie anglaise, et malgré l'autorité de Wiseman et de Stafford, je ne puis lui être favorable; et le souvenir de mes lectures et de mes propres observations dépose, aussi bien que la théorie, contre son importance. Quelques faits particuliers pourront bien de temps en temps justifier leur intervention, mais elle ne saurait constituer une méthode générale.

XX. Je me crois en droit de juger encore avec plus de sévérité la méthode par *excision*, et je n'accepterai pas comme valable l'argument contraire, que l'on baserait sur l'observation curieuse et très-instructive que M. Dubrueil a consignée dans le tome Ier du *Mémorial des Hôpitaux du Midi* (p. 397). L'excision, habilement opérée par ce Professeur, porta, en effet, sur des replis muqueux, *à bords inégaux*, *fongueux et saignants*. Or, il y a loin de ces sortes de végétations *intra-rectales* aux rétrécissements que nous avons en vue dans ce travail. L'excision ne peut et ne doit être, en général, appliquée qu'aux premières. En toute autre circonstance, comme l'a dit Delpech, elle pourrait conduire au retranchement des parois intestinales elles-mêmes.

DILATATION.

XXI. *C.* S'il suffisait pour donner une grande valeur à une méthode opératoire qu'elle comptât un nombre considérable d'applications, celle-ci devrait, sans nul doute, inspirer la confiance la plus entière. Par la quantité de faits qui s'y rapportent, elle semble devoir attirer nos suffrages. Toutefois, une statistique ainsi dressée serait inintelligente et nous entraînerait dans une fausse voie. Avant de donner notre approbation, il faut rechercher si une méthode a pris de l'extension, s'est vulgarisée à cause des succès réels qu'elle obtient, ou bien à cause de la facilité et du peu de danger de son application, ou enfin à cause des inconvénients et de la difficulté inhérents à toutes les autres.

La dilatation est le moyen qui doit naturellement s'offrir le premier dans l'esprit du chirurgien, en présence d'un conduit rétréci. Lorsque l'antagonisme entre le mal et le remède est aussi clairement saisissable, on ne peut qu'être entraîné par le désir de le mettre en jeu. La séduction est d'autant plus grande, qu'ici le moyen employé est facile, non sanglant, susceptible d'être gradué dans son énergie, d'être supprimé complètement si les circonstances l'exigent, repris en temps opportun, et enfin abandonné et remplacé par quelque

autre lorsque son usage devient manifestement infructueux. C'est par ces motifs que les prémices de tout traitement des coarctations du rectum appartiennent à la dilatation. Nous verrons bientôt quelles limites il est juste d'imposer à son influence.

XXII. La dilatation est une compression exercée sur la face interne du canal rétréci. Or, l'observation clinique nous a permis de préciser les effets de la compression sur les tissus vivants. Nous savons qu'appliqué avec méthode et discernement, ce moyen favorise la résorption des fluides épanchés dans la trame des organes, provoque la résolution d'engorgements chroniques, de tumeurs inflammatoires à marche lente; en conséquence, il est rationnellement indiqué lorsque la voie intestinale est obstruée par quelque obstacle de cette nature. Aussi, quand une phlegmasie, perpétuée par les nombreuses causes d'irritation qui se rencontrent dans la région pelvienne, a fait naître un épaississement anormal et excessif des parois rectales, une hypertrophie partielle sans dégénérescence, quelque tuméfaction adhérente ou contiguë, et qui accuse une stase de fluides, soit dans l'épaisseur de l'intestin, soit dans le tissu cellulaire ou les organes ambiants; dans tous ces cas la compression doit être préférée, et l'on est en droit d'espérer une réussite.

Mais ce moyen n'a plus les mêmes chances de succès

lorsque le désordre a porté sur la trame propre aux tissus, lorsque cette trame est altérée et a perdu ses qualités organiques primitives. Nous avons vu qu'au niveau de la plupart des rétrécissements, les tissus musculaire, cellulaire et muqueux, revêtaient la nature fibreuse et cartilagineuse. Ce ne sont plus des fluides surabondants qu'il faudrait expulser et faire rentrer dans la circulation générale; c'est un tissu nouveau dont il faudrait vaincre et transformer les qualités physiques. Or, remarquez qu'il y aurait une grande erreur à ne considérer dans la compression qu'un moyen physique. C'est essentiellement aux propriétés vitales des tissus que s'adresse cet agent curateur. Il active l'absorption, il détourne les fluxions. Ses effets mécaniques, toujours temporaires, ne sont en quelque sorte qu'un intermédiaire pour arriver aux effets vitaux. Mais dans la grande majorité des rétrécissements du rectum il faut attaquer la *fibre* elle-même qui a subi l'altération, il faut produire soi-même le *changement matériel*, et le produire de manière à ce qu'il soit permanent; alors la compression ne remplit pas le but, et le contrôle des faits sert à nous en donner la preuve.

XXIII. Le docteur Rognetta (1), dans un article spécial

---

(1) Annales de thérap. méd. et chir. — Janvier, 1844.

sur cette matière, analysant les cliniques de l'hôpital St-Louis, déclare, en présence des faits, que *la dilatation échoue complètement* dans une multitude de cas, et que de nombreux sujets traités sous ses yeux dans les hôpitaux de Paris ont fini par succomber après l'emploi de cette méthode. Il ne serait malheureusement que trop facile de grouper ici des témoignages nombreux et tout-à-fait conformes. Les observations qui leur servent de base sont si communes dans les livres, que je crois devoir me contenter de citer pour exemple une de celles que j'ai moi-même recueillies.

OBSERVATION.

Rétrécissement du rectum, dilatation : insuccès.

Le nommé Mathurin B...., âgé de 41 ans, natif de Fougère (Ille-et-Vilaine), appartenant à des parents très-pauvres et qui comptaient 26 enfants, a passé les quatorze premières années de sa vie au milieu des souffrances et des privations qu'entraîne la plus profonde misère. Il fut atteint d'une variole grave dont il porte les stigmates, d'une fièvre intermittente qu'il ne put soigner convenablement et qui le tourmenta pendant dix-huit mois. Dès qu'il fut en état de supporter quelque fatigue, il travailla du métier de tisserand, vécut continuellement dans des caves humides, obscures et mal aérées. Il en résulta que sa constitution, déjà chétive, se détériora de

plus en plus. Il resta lymphatique, pâle et sans énergie. Il se maria à l'âge de 22 ans, mena toujours une conduite fort régulière, ne se livra à aucune espèce d'excès, et ne s'exposa en aucune façon à la contagion syphilitique. A 30 ans, survinrent des hémorrhoïdes douloureuses et fluentes; quelques excoriations se manifestèrent en outre autour de l'anus, et alors la défécation devint un véritable supplice quoique la constipation fût modérée. A 32 ans, il se rendit à l'Hôtel-Dieu de Paris et entra dans les salles de DUPUYTREN. Celui-ci fit l'excision de la tumeur hémorrhoïdale la plus grosse et la plus douloureuse, et en respecta deux autres qui paraissaient moins irritées. Cette opération et l'emploi de bains soulagèrent le malade, qui jouit pendant trois années d'un état satisfaisant. A ce terme, les douleurs reparurent, le nombre des hémorrhoïdes s'accrut, et la gravité des accidents le força à réclamer les secours de l'art. Il fut adressé à M. GENSOUL de Lyon, qui jugea convenable d'exciser toutes les tumeurs hémorrhoïdales. (Le malade ne manque pas de faire observer que ces tumeurs étaient extérieures, qu'elles dépassaient l'orifice, et que M. GENSOUL n'employa d'autre instrument que des ciseaux courbes pour pratiquer leur ablation.) Ce traitement ne produisit qu'une amélioration temporaire. Le malade éprouva moins de souffrances; mais, au bout de quatre mois, il s'aperçut que la dé-

fécation devenait lente, laborieuse, et que le volume des matières fécales était moins considérable. Il se rendit à Paris une seconde fois, et entra dans les salles du professeur Roux. Celui-ci constata un rétrécissement du rectum, et essaya de le combattre par la dilatation. Pendant deux mois, cette méthode fut mise en usage sans interruption et avec grand soin. Des mèches de charpie, dont on gradua la grosseur, furent introduites dans l'intestin ; mais aucun effet durable ne fut obtenu. La manœuvre était douloureuse, et à chaque pansement on constatait le retour du rétrécissement.

Ce malheureux renonça dès-lors à toute nouvelle tentative, se condamna à une alimentation exiguë et relâchante, et vécut ainsi jusqu'en 1837. Alors cependant, vaincu par la douleur, il vint à Montpellier, où il comptait trouver quelque soulagement à ses maux.

Admis à Saint-Eloi, salle des civils, N° 64, il présente à notre examen : 1° un bourrelet hémorrhoïdal occupant les deux tiers antérieurs de l'orifice anal ; 2° un rétrécissement circulaire du rectum, à 4 centimètres au-dessus de cet orifice. La partie antérieure du rétrécissement est bosselée et inégale ; la postérieure offre une courbe régulière : c'est un diaphragme résistant et perforé. Cette perforation ne permet pas l'introduction du doigt ; mais une sonde peut dépasser l'obstacle et constater l'ampleur normale de la partie supérieure de l'intestin.

Quant aux troubles fonctionnels que provoque cette lésion, ils sont portés au plus haut degré. Il faut renoncer à peindre l'anxiété du malade lorsque le besoin de la défécation se montre impérieux, et l'on se ferait difficilement une idée des douleurs qui accompagnent et suivent l'accomplissement de cette excrétion. J'ai vu plusieurs fois ce malheureux, dans ces terribles moments, tomber à terre épuisé par la souffrance et complètement anéanti. Les matières, passant par l'étroite filière, étaient rubanées et constamment couvertes de stries de sang et de mucosités purulentes. Ce sang et ces mucosités découlaient manifestement du bourrelet hémorrhoïdal que j'ai déjà signalé.

Le malade reçut les soins éclairés des chirurgiens qui avaient la direction du service de l'hôpital Saint-Eloi. La dilatation fut employée avec constance et par des procédés variés ; en outre, M. Lallemand jugea convenable d'essayer un traitement mercuriel. Mais tous ces moyens n'eurent aucun succès ; le malade quitta Montpellier, en proie au plus profond désespoir et nourrissant des projets de suicide.

Une observation presque entièrement semblable m'a été offerte par un étudiant en médecine, Georges A., qui me fut adressé et recommandé par M. le docteur Colrat, de Lyon. J'engageai ce malheureux à entrer dans l'hôpital Saint-Eloi, où il séjourna depuis le 22 dé-

cembre 1838 jusqu'au 31 mai 1839. Les deux professeurs de clinique chirurgicale mirent tour-à-tour en œuvre les divers procédés de dilatation, et, malgré la constance des efforts et la durée du traitement, il n'y eut aucune apparence d'amélioration.

XXIV. A côté de ces faits décourageants qui accusent hautement notre impuissance, il est difficile de placer des observations où la dilatation ait été plus efficace. Celles que l'on a publiées comme preuve d'un succès obtenu, ont fort souvent usurpé leur étiquette. On se hâte un peu trop, en général, de croire à la réussite et surtout de la proclamer. M. Costallat nous a donné, comme un des exemples les plus concluants en faveur de son procédé de dilatation, l'observation d'une femme que M. Velpeau nous apprend s'être présentée plus tard dans son service à la Pitié, offrant, toujours au même degré, la coarctation intestinale dont on l'avait crue guérie (1).

Quant à la plupart des autres faits qui circulent dans les livres ou les journaux, pesés et comparés avec attention, ils perdent la majeure portion de leur valeur. Je vais en donner un exemple :

« Dans le tome Ier du *Bulletin clinique*, le professeur Piorry rapporte qu'une femme de 39 ans, éprouvant

---

(1) Velpeau, Méd. op. T. III, p. 989.

depuis trois mois des douleurs vives vers l'ombilic, suivies d'un écoulement de sang par les selles, entra à l'Hôtel-Dieu le 28 novembre 1834. La *percussion* du bas-ventre démontra que l'S iliaque du colon et le cœcum contenaient des matières accumulées, ce qui conduisit à examiner le rectum par le toucher, Alors, dit-il, on trouva, *à 4 pouces de profondeur,* c'est-à-dire à 11 centimètres, un rétrécissement qui put à peine admettre un stylet boutonné; une sonde très-fine de gomme élastique, puis une mèche un peu plus volumineuse y furent introduites. Le jour suivant, on plaça au centre de la mèche et à son sommet un fragment d'éponge préparée, et bientôt une mèche très-volumineuse put dépasser l'obstacle. Aussitôt après l'application des premières mèches, la malade rendit une énorme quantité de matières; depuis, elle n'éprouva plus de coliques, et il ne resta presque pas de traces de la maladie de l'intestin. »

XXV. En vérité, le succès de la dilatation aurait été merveilleux, si l'on s'en rapportait au texte de cette narration. Mais quel est celui qui, ayant approfondi l'étude de la lésion qui nous occupe, hésitera à déclarer que ce rétrécissement si maniable n'a jamais existé? Il ne s'agit, en effet, ici, que de l'un de ces nombreux exemples d'inertie intestinale qui permet la stase des matières. Remarquez que celles-ci étaient accumulées dans le cœcum

aussi bien que dans l'S iliaque, c'est-à-dire dans les régions où ce phénomène se présente le plus fréquemment. S'il fallait un rétrécissement pour expliquer leur arrêt dans l'S iliaque, on devait en supposer un second au-dessus du cœcum, et celui-ci, plus docile encore que le premier, aurait disparu spontanément. D'ailleurs, comment a-t-on pu constater un rétrécissement à une profondeur de 11 centimètres (4 pouces)? Ce n'est guère possible avec le doigt. Si, au lieu de commencer par introduire un stylet ou autres corps peu volumineux qui allaient heurter contre les replis muqueux, on avait débuté par l'introduction de mèches volumineuses, assurément on aurait eu le premier jour le succès qu'on obtint le second.

Evidemment la théorie de ce fait est la suivante: inertie intestinale, constipation, stagnation des matières dans les régions les plus dilatables, d'une part; et, de l'autre, rétablissement de la fonction et retour à la santé, lorsque l'intestin, provoqué par le contact insolite des corps dilatants, a repris son action et a exécuté des mouvements péristaltiques plus énergiques. M. Piorry aurait certainement touché à la véritable interprétation, s'il n'avait été absorbé par l'idée de mettre en relief la puissance diagnostique de la *plessimétrie*. Pour lui c'était le fait dominant, et l'étiologie de l'état morbide ne l'occupait que d'une manière secondaire.

XXVI. Je n'entrerai pas dans le détail des procédés nombreux qui se rattachent à la méthode de la dilatation. Depuis Desault, chaque chirurgien a imaginé des modifications particulières, que lui ont inspirées les circonstances locales et propres au fait qu'il avait sous les yeux. Les mèches, les éponges, les canules simples élastiques, les tubes concentriques de M. Bermond, le tube porte-mèche de M. Tanchou, les suppositoires fusiformes de M. Fardeau, l'appareil à chemise de M. Costallat, ainsi que l'instrument multivalve d'Ancelin rappelé par ce dernier, et les diverses injections dont Morgagni nous entretient dans sa 32e lettre, comme traitement palliatif seul admissible d'après Ruysch et Valsalva; tous ces moyens, plus ou moins commodes dans leur application, ont le même résultat définitif (1).

(1) Il est inutile sans doute de faire observer que la dilatation, ordinairement insuffisante pour procurer seule une guérison radicale dans les rétrécissements organiques du rectum, devient un adjuvant fort précieux lorsque la lésion est sous la dépendance d'une affection générale susceptible d'être efficacement combattue. Ainsi, dans les rétrécissements par cause syphilitique, la dilatation n'est pas simplement un moyen palliatif qui favorise les excrétions en attendant l'effet de la médication spécifique, mais encore elle provoque directement le dégorgement des tissus, l'affaissement et la flétrissure des végétations, et son influence est surtout manifeste lorsque les corps

XXVII. La conviction de leur insuffisance dans la majorité des cas a porté les chirurgiens à chercher en dehors des règles ordinaires des secours plus efficaces. Astley Cooper a proposé la dilatation *forcée*, que nous ne

---

dilatants sont recouverts de médicaments appropriés. J'ai souvent observé ces résultats, et je puis en citer une preuve bien concluante.

Le nommé F. J.*, 29 ans, journalier, d'un tempérament lymphatique, entre dans les salles de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Eloi. Livré à toute espèce de libertinage, il a été affecté de plusieurs syphilis. Des ulcérations à la verge, au périnée et au pourtour de l'anus, en même temps que de nombreuses végétations intra-rectales, signalèrent une infection constitutionnelle. Ce malade subit plusieurs traitements incomplets et infructueux. En 1842, les évacuations alvines devinrent rares et très-pénibles ; elles s'accompagnaient de douleurs et d'un vif sentiment de brûlure au podex. Les selles étaient glaireuses et sanguinolentes. La constitution du sujet se détériora, et, lors de son entrée à l'hôpital, il était maigre, pâle, sans appétit, en proie à des souffrances continues. Le doigt introduit dans le rectum à travers une masse de végétations y constate à trois centimètres au-dessus du sphincter un rétrécissement que je ne puis franchir, et dont il m'est impossible de préciser exactement la nature. On sent à la fois des bosselures, des fongosités et des brides saillantes qui obstruent le canal. Le doigt est retiré souillé de sang et de mucosités purulentes.

N'ayant aucun égard aux traitements incomplets, mal

* L'observation a été recueillie par M. C. Dubreuilh, élève en médecine.

croyons pas avoir été accueillie par d'autres chirurgiens. Le cachet de la violence est un motif de proscription pour toute méthode opératoire. Forcer une coarctation à se dilater brusquement, c'est s'exposer à agir non pas sur le lieu réellement malade ou sur la bride qu'il faudrait effacer, mais bien sur la partie de la paroi intestinale qui a pu rester saine ou dont l'altération n'est pas encore avancée. Les tissus devenus fibreux ou cartilagi-

---

exécutés et plusieurs fois interrompus auxquels le malade s'était soumis, je jugeai convenable de recommencer la médication spécifique sur de nouvelles bases ; je me réservais, si le mercure n'amenait pas des changements heureux, de recourir à l'iodure de potassium dont j'obtenais en même temps des effets remarquables sur d'autres sujets. En conséquence, je prescris les pilules d'onguent mercuriel, les sudorifiques et un régime léger (1er mars 1845). Des mèches chargées de cérat belladonisé sont portées dans le rectum.

Le malade étant l'objet d'une surveillance particulière se conforme exactement à toutes mes prescriptions; aussi l'amélioration est bientôt manifeste. Le 16 mars, les végétations sont flétries; les excrétions s'accomplissent sans douleur et avec moins d'efforts. Les mèches belladonisées sont remplacées par des mèches mercurielles d'un volume graduellement grossissant. Quarante-neuf jours de ce traitement suffisent pour restaurer les forces du sujet. Quelques cautérisations détruisent les restes des excroissances syphilitiques. L'expulsion des matières est aisée et indolente, et quoique le rectum n'ait pas repris tout-à-fait son ampleur normale, F. J. quitte notre service, ne désirant aucune autre amélioration dans son état.

neux offrent un trop haut degré de résistance. Si l'on ne fait que profiter de leur élasticité, la dilatation n'est que temporaire, et si l'on porte la violence jusqu'à leur rupture, des dangers nombreux surgissent, et la manœuvre n'est plus rationnelle. La perforation de l'intestin et une péritonite rapidement mortelle ont pu suivre la dilatation simple chez un malade de M. Costallat (1). Ce résultat funeste serait bien plus à redouter dans la dilatation forcée. Ajoutons que, dans les cas les plus heureux, les effets secondaires de la rupture de l'obstacle pourraient être assimilés à ceux de l'incision déjà appréciés par nous.

XXVIII. Lorsque le rétrécissement était assez considérable pour qu'une mèche de petit calibre ne pût pas le franchir, Dupuytren agissait ici comme dans les rétrécissements de l'urèthre. Il se contentait de porter le corps étranger contre le rétrécissement. Il avait pour but d'exciter les tissus, de produire un écoulement qui dégorgeât les parties et qui permît ensuite de pénétrer plus avant: c'était, suivant ce célèbre chirurgien, une *dilatation vitale*. Ce procédé peut être utile, en effet, lorsqu'il existe un engorgement des tissus, lorsqu'on s'adresse à la première classe de rétrécissements que

---

(1) Vidal de Cassis, T. IV, 2e édit., p. 699.

nous avons signalée; mais dans les occlusions fibreuses il n'a aucune utilité. Nous avons vu très-souvent ce procédé mis en usage pour les rétrécissements de l'urèthre, nous l'avons employé nous-même, et il nous a été facile de faire la distinction que nous venons d'établir. Les rétrécissements par engorgement, par inflammation chronique de la muqueuse et des tissus sous-muqueux, étaient les seuls à en ressentir les effets.

XXIX. La combinaison de l'incision et de la dilatation, proposée et exécutée par des chirurgiens, est passible des objections qui s'adressent à chacune de ces deux méthodes. Rarement on a employé la première sans emprunter l'aide des corps dilatants, et nous avons dit ce que l'on pouvait obtenir.

XXX. En résumé, cette revue critique n'est-elle pas une justification de la défiance avec laquelle on aborde l'emploi de toutes les méthodes opératoires connues dans les rétrécissements du rectum? Dans les cas nombreux où le doigt ne peut accompagner l'instrument, il n'est pas même permis de songer à l'incision, dit M. Velpeau (1). La dilatation est ordinairement plus nuisible qu'utile lorsqu'elle n'est pas parfaitement appliquée, ajoute le

---

(1) Médecine opératoire, T. III, p. 989.

même auteur (1), après avoir fait ressortir les difficultés de cette manœuvre. M. Blandin n'admet le débridement que pour les coarctations de l'orifice, et il n'hésite pas à déclarer que la dilatation à laquelle on doit se borner pour les rétrécissements du rectum peut seule procurer aux malades un soulagement qu'ils chercheraient vainement à obtenir par d'autres moyens (2).

Enfin, à côté de ces graves témoignages, qu'il me soit permis de transcrire celui d'un homme dont la voix respectée régla long-temps les destinées de la chirurgie dans notre Ecole. Delpech a dit : « Les dilatations qui ont été fort vantées ne peuvent qu'effacer pour peu de temps l'engorgement de la membrane muqueuse, écarter pour moins de temps encore les parois de l'intestin altérées d'une manière grave. Des sections sur divers points de la circonférence établiraient la suppuration dans le lieu même de la coarctation, et par conséquent là aussi une cause de plus de resserrement. Des cautérisations seraient une folie ; elles devraient d'abord détruire la membrane muqueuse avant d'atteindre le véritable siége de la maladie ; et dans ce dernier, elles auraient du moins les mêmes inconvénients et de plus grands encore que la section. Les dilatations, ajoute le même auteur, sont, comme on le

---

(1) Page 987, *ibid.*
(2) Dict. de méd. et de chir. prat. T. XIV, p. 152.

voit, la seule méthode palliative admissible, encore faut-il se garder d'en abuser; et, dans cette vue, on est forcé de ne l'employer que d'une manière intermittente (1). »

XXXI. Ces rétrécissements sont donc, ainsi qu'on en trouve fréquemment l'aveu dans les écrits, le désespoir de la chirurgie, et l'incurabilité du plus grand nombre est universellement acceptée dans la pratique. Aussi nul blâme ne saurait atteindre ceux qui, abandonnant à lui-même le rétrécissement, ont cherché une voie de salut dans l'établissement d'un anus artificiel. L'idée de cette opération hardie paraît avoir été émise pour la première fois, en 1797, par le professeur Dumas, de l'Ecole de Montpellier (2). Réalisée depuis cette époque,

(1) Mémorial des hôpitaux, T. 1er, p. 404.

(2) « Les auteurs regardent cette maladie (rétrécissement du rectum) comme incurable; ils se bornent à proposer des moyens palliatifs. Je ne doute pas que l'établissement d'un anus artificiel ne réussît mieux à prévenir les suites fâcheuses de cette affection, et à suspendre au moins la mort du malade devenue nécessaire sans ce secours (C.-L. Dumas*). »

Pierre Fine, de Genève, pratiqua le premier cette opération par le procédé de Littre, sur une femme âgée de 63 ans, atteinte d'un rétrécissement du rectum, et qui vécut trois mois et demi après l'opération *.

* Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, T. III, p. 46, 22 messidor an V.

* Annales de la Société de médecine de Montpellier, T. VI, 1797. et Manuel de médecine pratique d'Odier, 2e édit., 1811, p. 275.

elle a de nos jours reçu une plus grande importance, et les travaux de M. Amussat particulièrement lui ont donné quelque crédit. Ce chirurgien, considérant l'impuissance de tous les autres moyens, n'a pas hésité à conseiller cette opération comme préventive des accidents extrêmes de la rétention des fèces. Plusieurs hommes dont le nom fait autorité ont professé le même sentiment. Je m'estimerais heureux si la méthode que je vais faire connaître pouvait diminuer le nombre des cas où l'on a recours à ces tentatives désespérées.

XXXII. Pour mériter les suffrages des praticiens dans le traitement des rétrécissements du rectum, une méthode opératoire devrait réunir le plus possible des avantages suivants : — facilité dans la manœuvre ; emploi d'instruments qui permettent le tâtonnement sans faire naître des dangers immédiats ; possibilité de préciser exactement l'étendue de l'action de ces instruments ; mais, en outre, ces instruments devraient agir de telle sorte que cette action pût dépasser les limites du rétrécissement sans avoir des conséquences funestes ; et enfin, il faudrait la certitude que l'obstacle est réellement saisi et détruit, alors même que sa profondeur n'en permet pas l'exploration directe.

Ce tableau idéal d'une méthode peut bien paraître

difficile à réaliser, cependant une étude analogique nous y conduira peut-être.

Portons un moment notre attention sur les anus contre nature qui succèdent aux hernies étranglées.

XXXIII. L'histoire anatomique de cette grave lésion (les anus contre nature) sur laquelle Scarpa le premier a jeté de vives lumières, nous présente les portions du tube intestinal qu'a séparées la gangrène, aboutissant toutes deux à une ouverture commune de la paroi abdominale. Une saillie intérieure, *l'éperon* ou *promontoire*, d'autant plus marquée que la perte de substance a été plus considérable, correspond au sommet de l'angle sous lequel les deux bouts se rencontrent, et cloisonne l'infundibulum ou l'entonnoir membraneux de Scarpa, de manière à mettre obstacle au cours naturel des matières du tube supérieur dans le tube inférieur. — Or, n'est-ce pas là un véritable rétrécissement valvulaire de l'intestin? La seule différence qui, sous le rapport des symptômes, sépare cet arrangement anatomique de celui qui est propre aux rétrécissements ordinaires, ne se trouve-t-elle pas dans la présence d'une ouverture anormale, d'un véritable conduit de dérivation qui permet au tube supérieur de se décharger au-dehors? L'indication est toujours la même. Il faut repousser, déprimer, aplanir l'obstacle, ou bien le couper et le détruire; aussi trouve-

t-on conseillées les mêmes méthodes opératoires. La compression, la cautérisation, la perforation et l'incision de l'éperon, tels sont les traitements qui ont paru les plus rationnels sans qu'ils se soient montrés plus efficaces. Et cependant, à l'époque moderne, des succès brillants et nombreux ont révélé quelque notable progrès. DUPUYTREN, inspiré par son génie chirurgical, trace quelques nouveaux préceptes, entre lui-même dans une voie thérapeutique inconnue, et dès-lors notre science se glorifie de résultats jusqu'alors inespérés. M. BLANDIN peut compter jusqu'à sept réussites complètes dans sa pratique personnelle. De nombreux chirurgiens, parmi lesquels nous devons compter nos maîtres DELPECH et LALLEMAND, nous laissent les exemples les plus heureux, et quelques-uns, appuyés sur des perfectionnements particuliers et ingénieux, semblent nous donner toute la certitude dont le manuel chirurgical est susceptible.

Tous ces changements furent dus à la méthode de la *Mortification par compression* : cette méthode nous permet de détruire l'obstacle, de confondre les orifices des deux bouts intestinaux, et en même temps, dans le cas où l'action s'étendrait au-delà des adhérences déjà établies, d'en provoquer de nouvelles qui deviennent préventives de l'accident le plus à redouter, c'est-à-dire de l'ouverture de la cavité péritonéale. L'entérotome,

en effet, ne détruit pas seulement l'éperon herniaire; il exalte aussi la vie à côté des tissus mortifiés, il provoque une inflammation adhésive aux limites mêmes de son action. Ces conditions si favorables rendent parfaitement compréhensibles les cures qui lui sont rapportées.

XXXIV. Eh bien! c'est précisément cette même manœuvre que je propose de transporter dans le traitement chirurgical des rétrécissements du rectum. Son admission est rationnelle; il me sera facile, j'espère, de démontrer qu'elle est possible.

Le fait suivant, simple et significatif, me servira d'introduction.

OBSERVATION.

Rétrécissement du vagin; insuccès du débridement et de la dilatation; application d'une pince compressive : guérison.

Une fille de 22 ans est atteinte d'ulcérations syphilitiques sur la face interne du vagin. Le traitement spécifique amène la guérison de ce symptôme, mais la cicatrisation qui s'ensuit rétrécit le vagin dans un point limité, et celui-ci se trouve considérablement étranglé à ce niveau. Un savant praticien, dont je m'honorerai toujours d'avoir été l'élève et l'ami, M. le docteur

Fontaines, chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes, pratiqua un double débridement sur les adhérences au moyen du lithotome caché, et chercha par l'usage permanent de la dilatation à conserver les avantages acquis par l'opération ; mais la coarctation se reproduisit malgré tous ses soins. Ce fut alors (janvier 1837) que cette malade, d'autant plus affligée de son état qu'elle avait en vue un mariage très-prochain, me demanda des conseils. — L'examen des parties me fit reconnaître le rétrécissement à 7 centimètres au-dessus de la vulve, mais ce rétrécissement présentait une forme particulière ; ce n'était pas un froncement circulaire, c'était une diminution du calibre vaginal, telle qu'on l'obtiendrait si l'on faisait adhérer les deux tiers des deux parois antérieure et postérieure du vagin l'une à l'autre, dans l'étendue d'une ligne environ, par une simple bandelette étroite et transversale. A gauche, le tiers restant des parois n'offrait aucune altération. — Cette adhérence était fibreuse, très-résistante ; des efforts de dilatation produisaient de vives douleurs.

Cette disposition anatomique me suggéra l'idée de saisir la bandelette d'adhésion entre les mors d'une pince coudée au niveau convenable, et d'en provoquer ainsi la mortification et la séparation. Dans le cas où cette nouvelle tentative ne réussirait pas, j'étais disposé à essayer l'autoplastie qui me paraissait d'une exécution

facile. — Parmi tous les instruments que j'avais sous la main, l'espèce de lithotriteur, appelé *ramasseur*, dont les mors sont plats et élargis, me parut le plus propre à remplir le but que je me proposais. — La portion recourbée de la branche femelle fut aisément introduite derrière l'adhérence; la branche mâle vint arcbouter contre la face antérieure de cette dernière, et la bride fibreuse fut ainsi pincée et retenue sous une forte pression. Il y eut dans le premier moment une douleur très-vive, ce que j'attribuais au pincement inévitable d'une portion de la muqueuse, vu que la largeur de la pince dépassait évidemment celle de la bride. L'instrument quoique un peu volumineux fut maintenu, sans trop de gêne, appliqué et fixé contre la cuisse gauche. Je le retirai au bout de 24 heures. La bride était mortifiée mais non séparée, excepté à son extrémité droite, où l'instrument, soit par une pression plus forte, soit par les mouvements que nécessita son extraction, avait déterminé une ouverture. Il y avait là un léger écoulement de sang. — Cette circonstance, au lieu d'être un accident, comme je l'avais cru d'abord, fut au contraire favorable; car ce fut dans ce point que commença la cicatrisation, et celle-ci y était presque complète lorsque la bride se détacha entièrement du côté de son bord libre.

A cette période, je commençai à introduire une mèche

cératée, plutôt pour séparer les deux lignes suppurantes que pour exercer la dilatation ; je cautérisai deux fois légèrement avec le nitrate d'argent solide, et au 14e jour la suppuration avait tari. — Cette femme, appartenant au département de Vaucluse, partit deux mois après, et je ne l'ai plus revue ; mais à cette époque on pouvait constater qu'il n'y avait plus de rétrécissement. Au niveau qu'il avait occupé on sentait une résistance inaccoutumée, il y avait bien un peu de relief ; mais la voie était libre, et assurément les fonctions sexuelles aussi bien que l'accouchement ne pouvaient trouver dans cette disposition aucun obstacle sérieux.

Cette opération fut si simple dans son exécution et dans ses résultats, qu'il ne me vint pas d'abord à l'esprit qu'elle pouvait indiquer un progrès. Plus tard, l'étude des rétrécissements intestinaux, le douloureux spectacle de la longue et cruelle agonie qu'ils amènent, me firent revenir sur cette observation et m'en révélèrent l'importance.

XXXV. En effet, nous n'avons plus qu'à modifier l'instrument dans sa forme, de manière à le mettre en rapport avec la disposition anatomique de l'organe dans lequel il doit agir, et la même méthode opératoire est applicable aux rétrécissements intestinaux.

Le principe une fois posé de saisir l'anneau rétréci

ou la saillie valvulaire et de les mortifier sous une compression suffisante, l'esprit a bientôt fait les frais d'une invention mécanique en harmonie avec ce besoin.

Si l'angustie rectale est peu profonde, si elle n'est pas portée à un très-haut degré, des pinces tout-à-fait semblables au lithotriteur courbe et agissant comme lui, mais réduites à de plus petites proportions, rempliront convenablement le but (*Voyez le dessin* N° 1). Les mors seront coudés sur la tige sous un angle plus ou moins ouvert, suivant la résistance et l'élévation de l'obstacle. Lorsque celui-ci sera fort déclive, la courbure même à angle droit ne pourra faire naître la moindre difficulté, le tâtonnement le plus léger et le plus inoffensif précèdera l'introduction du mors supérieur, qui sera ensuite retiré vers l'orifice de manière à s'appliquer contre la face profonde de la coarctation. Le mors inférieur, représenté par la branche mâle d'un lithotriteur, glissera sur la tige du premier, avec laquelle il s'articule au moyen d'une queue d'aronde, et le rétrécissement sera soumis à une compression dont une simple vis permettra de graduer l'énergie. Quelques mouvements de va-et-vient apprendront à l'opérateur si la situation de l'instrument est convenable avant de commencer la pression.

Dans le cas où la stricture sera plus élevée, si l'on ne peut imprimer à la tige du mors supérieur des mouvements de latéralité ou d'inclinaison qui facilitent le

passage de l'obstacle, il suffira de diminuer le coude de l'instrument, de rendre le mors oblique et non perpendiculaire sur la tige, et, au besoin, de donner à la partie comprimante une longueur moins considérable. Il n'est pas un rétrécissement qui ne puisse être franchi au moyen de pareilles précautions avec ou sans l'aide du *speculum ani.*

XXXVI. Toutefois, autant par prévoyance que pour aller au-devant des objections, j'ai cru devoir imaginer un instrument fort simple dans son mécanisme, et qui, par l'intermédiaire d'une seule articulation, donne la possibilité de franchir sans hésitation toute espèce de rétrécissement. Ici le mors de la première branche n'est pas invariablement fixé sur sa tige; le coude est brisé, et une vis de rappel permet de faire jouer le mors sur la tige comme sur un axe, en sorte que la première branche est tout-à-fait droite pour son introduction, et que sa courbure ne s'effectue qu'après ce premier temps de la manœuvre. (*Voyez le dessin* N° 2.)

XXXVII. Nous avons eu soin de faire remarquer, dans l'observation tirée du service de M. Breschet, qu'il est des rétrécissements qui jouissent d'une certaine élasticité. Cette circonstance sera toujours heureuse pour faciliter l'introduction de l'instrument; mais je dois,

en outre, ajouter que l'on aurait une fausse idée de l'étendue de l'ouverture qui persiste, si l'on n'en jugeait que d'après la forme et le volume qu'affectent les matières excrétées. Sur plusieurs malades, j'ai pu m'assurer de la grande disproportion qui existe entre ces deux choses. L'effort expulsif semble quelquefois tendre à resserrer le rétrécissement plutôt qu'à l'élargir ; c'est sur les parois latérales et inférieures de la poche qui se forme au-dessus de la stricture que se portent ses principaux effets. Il suit de là cette circonstance particulière, que le doigt ou tout autre corps dilatant peuvent vaincre l'élasticité du rétrécissement et passer au-delà, tandis que les matières fécales qui franchissent l'étranglement en sens inverse ont pourtant un volume moitié moindre. On aura égard à cette particularité, afin de ne pas proscrire des instruments qui, au premier abord, seraient jugés d'une grosseur trop considérable.

XXXVIII. Les figures N° 3, 4, 5 et 6 indiquent un instrument dont l'exécution n'offre encore aucune difficulté, et dans lequel le même mécanisme fait d'abord jouer un double mors qui peut être effacé et ramené dans la direction rectiligne pour l'introduction, ensuite recourbé à angle droit et des deux côtés, de manière à former un véritable T. La branche horizontale du T représente la coupe verticale du mors supérieur, auquel on donnera,

dans la surface comprimante, une largeur d'un à deux centimètres. Quant au mors inférieur, double comme le précédent, mais invariable, il est porté sur un tube dans lequel glisse l'axe du premier. Les surfaces comprimantes sont l'une et l'autre munies de quelques aspérités mousses, qui se correspondent et s'engrènent exactement de manière à ce que les tissus pincés ne puissent échapper. Cette dernière disposition de l'appareil conviendrait, on le devine aisément, dans les cas où l'orifice occupe le milieu du rétrécissement, et où par conséquent on désirerait détruire l'obstacle dans plusieurs directions à la fois. Néanmoins, je n'hésite pas à croire que les premières formes d'instrument suffiraient dans toutes les circonstances; tout au plus y aurait-il nécessité d'en réitérer l'application. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les extrémités de ces divers instruments sont mousses, arrondies, parfaitement polies, de manière qu'elles peuvent glisser dans le canal et heurter contre les tissus sans leur nuire.

XXXIX. L'appréciation des effets de ces manœuvres se déduit si aisément de la notion du mécanisme déjà exposé, et de la connaissance précise de tout ce qu'on obtient par l'entérotome de Dupuytren dans les anus accidentels, qu'il me paraît inutile d'insister longuement sur les avantages que présente cette nouvelle méthode opératoire.

Elle exclut tout danger immédiat; elle n'expose ni à l'hémorrhagie, ni à l'inconvénient d'opérer sur d'autres points que sur un lieu rétréci; elle permet les tâtonnements que nécessite la disposition anormale ou peu précise des parties, et qui sont inévitables lorsque le doigt ne peut accompagner l'instrument dans tous ses mouvements; et, enfin, elle met à l'abri de l'accident le plus sérieux, je veux dire la perforation de l'intestin. A tous ces avantages elle joint celui d'attaquer l'obstacle dans sa plus grande portion, sinon dans sa totalité, et d'en déterminer sûrement la destruction, et celui non moins précieux de pouvoir être appliquée indifféremment sur tous les points de la circonférence interne de l'intestin, même à sa partie antérieure, sans aucun danger pour les organes contigus, tels que le vagin, la vessie, etc.

Mais, en outre, si l'on rencontrait une de ces rares exceptions dont les méthodes générales les plus parfaites peuvent seules tenir compte; si, par la disposition particulière des tissus ou les difficultés de la manœuvre, il devenait *inévitable* de pincer au-delà du rétrécissement, de saisir la portion saine de l'intestin en dehors de la lésion, d'accoler ainsi deux points de sa face externe dans un repli comprimé par les mors de l'instrument; encore ici un privilége de notre méthode est de prévenir l'accident d'une perforation. Ce que l'entérotome de Dupuytren doit effectuer constamment pour réussir, les

adhérences préalables et salutaires qu'il suscite autour du tissu mortifié, notre pince les provoquera également, puisqu'elle agira dans des conditions identiques. L'observation clinique autorise et justifie cette conclusion, et notre méthode serait admissible alors même qu'il ne faudrait agir que sur des tissus sains, et que la mortification d'une portion des parois intestinales elles-mêmes fût l'indication majeure. Le travail vital, qui précède et accompagne la chute des escharres, ferme la solution de continuité et prévient l'épanchement. Ce travail est rapide et efficace, si l'on opère dans un endroit où la séreuse revêt l'intestin ; dans un point plus déclive et au-dessous des limites du péritoine, si l'inflammation plastique est moins prompte et moins active, l'épanchement est aussi par compensation moins facile et moins dangereux. — Pour bien apprécier cette face de la question pratique, le chirurgien devra se rappeler que l'étendue moyenne de l'espace périnéo-péritonéal est environ de 70 millimètres chez l'homme et de 30 millimètres chez la femme, hors l'état de grossesse.

XL. La douleur, les symptômes d'étranglement que pourra provoquer la nouvelle méthode chez certains sujets, ne sauraient être un obstacle à son application d'une manière générale. Ces mêmes accidents se retrouvent dans l'histoire de l'entérotomie et de l'entéroraphie

à la suite des plaies abdominales. La simple dilatation elle-même peut les produire à un haut degré, suivant le témoignage de MM. Costallat, Tanchou, A. Bérard et Maslieurat-Lagémard. On les combattrait ici par les moyens ordinaires et appropriés aux susceptibilités individuelles, et l'on aurait toujours la ressource de les supprimer en diminuant l'énergie de la cause qui leur donne naissance. On devrait, en quelque sorte, tâter l'impressionnabilité de son malade pour graduer la compression et émousser de plus en plus, avant de l'éteindre complètement, la sensibilité des parties attaquées.

XLI. Notre méthode, on le comprend sans peine, ne peut produire un soulagement immédiat; elle ne débarrasse pas sur-le-champ l'intestin des matières qui l'obstruent, et ce caractère lui est commun avec toutes les autres, même avec la méthode par incision dont nous avons eu soin de faire ressortir, sous ce point de vue, l'inefficacité dans les observations que nous avons reproduites. Il faudrait donc ne pas attendre pour en faire usage que l'anxiété du malade fût extrême; il ne pourrait conserver le repos et la situation convenables s'il était en proie à de vives douleurs et à des épreintes irrésistibles. A ce degré du mal, il serait urgent de calmer préalablement les symptômes par les moyens palliatifs

ordinaires, par des injections délayantes, par l'extraction directe même au moyen d'une curette appropriée.

Il serait utile, dans tous les cas, de préparer le sujet par une diète sévère, afin que le besoin des évacuations fût plus lent à se reproduire, et que l'instrument pût rester en place un temps suffisant. — Je n'ai rien dit du nombre de jours nécessaires à son action, parce que cette limitation de temps est subordonnée à l'épaisseur des parties comprimées et au degré de la compression que l'on exerce. Dupuytren conseillait de laisser son entérotome en place pendant cinq à six jours, et nous l'avons vu enlever avant la fin du troisième sans inconvénient. Il n'y a donc pas à cet égard de règle absolue. La seule qu'il paraisse peut-être naturel de formuler, c'est de laisser l'instrument jusqu'à ce qu'il s'ébranle et se détache de lui-même. Son séjour est assurément plus tolérable que celui des mèches, des suppositoires ou d'autres corps dilatants dont on fait un usage continu.

XLII. Je prévois une objection et je ne dois pas craindre de l'aborder, puisque je l'ai portée moi-même contre la méthode par incision spécialement. L'inflammation éliminatrice qui détachera l'escharre sera suivie d'une suppuration et par conséquent d'une cicatrice. Celle-ci ne reproduira-t-elle pas la saillie intra-intestinale, comme il arrive dans la plupart des faits où l'on se

contente de débrider? — Mais d'abord, les conditions ne sont plus les mêmes dans les deux cas. Ma pince compressive fait mieux que diviser les tissus exubérants, elle les emporte, et lorsque la cicatrisation survient, celle-ci peut tout au plus diminuer l'étendue de l'espace acquis, mais l'annihiler, jamais. En second lieu, les heureux effets de l'entérotomie appliquée aux anus accidentels d'après les préceptes de Dupuytren, nous fournissent des arguments sans réplique. Ce retrait de la cicatrice est un résultat prévu par l'opérateur. Pour obtenir une ouverture voulue, il en tiendra compte dans la manœuvre et portera par conséquent l'action de la pince un peu plus loin qu'il ne l'aurait fallu sans cette circonstance particulière. En opérant sur nos tissus, nous devons regarder au-delà de l'effet mécanique immédiat ; après notre action commence celle de la nature, et la notion exacte des lois qui la régissent nous donne les moyens de prévoir les difficultés qu'elle nous oppose. Une méthode opératoire n'est vraiment utile que lorsqu'elle nous fournit aussi les moyens d'y obvier.

XLIII. Les praticiens restent juges de la valeur de celle que je propose. Je crois m'être dépouillé à son égard de toute espèce de prévention, et je réduis sa part d'influence à ce qui est possible et rationnel. Il n'est aucune méthode qui soit propre à tous les cas ; celle-ci est loin

de revendiquer ce privilége. J'ai dit quels sont les rétrécissements où la dilatation offre des chances de succès, et dans lesquels, par conséquent, elle doit toujours être essayée la première. J'ajouterai qu'il en est d'autres auxquels la méthode nouvelle ne peut jamais être applicable : toutes les fois, par exemple, que l'occlusion dépendra de quelque tumeur développée dans l'épaisseur des parois intestinales ou largement implantée dans leur voisinage, notre pouvoir thérapeutique sera toujours le même que par le passé. La dilatation sera encore seule admissible lorsque l'altération de l'intestin ne se bornera pas à une surface limitée, à quelque repli valvulaire, à un étranglement circulaire, mais qu'elle s'étendra en largeur et en profondeur dans le sens de l'axe de l'intestin, de manière à représenter, non plus un anneau, mais un véritable tube rétréci. Heureusement, cette dernière espèce de lésion est excessivement rare. On ne la rencontre guère qu'avec la dégénérescence cancéreuse, et alors l'incurabilité est fatalement acceptée. Quant aux rétrécissements ordinaires, c'est, comme l'a dit M. Velpeau, par les replis muqueux, par les rudiments de valvule, que débute le plus grand nombre, et par conséquent la Mortification par compression sera généralement applicable.

XLIV. Il me reste maintenant à examiner si la mé-

thode de la mortification par compression ne pourrait pas être fécondée et invoquée dans le traitement d'autres maladies que les coarctations du rectum.

D'abord, le fait que j'ai rapporté et qui lui donne déjà une valeur pratique incontestable, appartient à la pathologie du canal vulvo-utérin ; il me suffit donc d'énoncer que certains rétrécissements de ce canal peuvent être attaqués avec fruit par la même méthode. Ces lésions sont beaucoup moins fréquentes que les lésions du rectum, leur gravité ne peut pas non plus être comparée à celle de ces dernières; mais il est néanmoins des circonstances où le chirurgien est mis en demeure de prouver encore ici la puissance de son art.

Au moment où je trace ces lignes, M. le docteur Fontaines, de Nismes, m'écrit (1er février 1847) qu'il traite encore aujourd'hui dans sa pratique particulière une femme affectée de cette maladie. « Les moindres tentatives de dilatation, me dit-il, occasionnent des douleurs atroces. La membrane muqueuse vaginale est arrivée à une consistance presque cartilagineuse. » L'exemple que j'ai donné pourra donc être médité avec fruit, et si, comme je l'ai dit à propos de l'intestin, la lésion n'offre pas une trop grande surface, si elle se borne à une saìllie limitée, il restera des chances nombreuses de réussite.

En second lieu, la nouvelle méthode aura peut-être

quelques applications utiles dans le traitement des tumeurs, des polypes, dont l'ablation est indiquée et qui présentent trop de difficultés ou de dangers pour la ligature ou l'excision. Il n'est pas de praticien qui n'ait vu, par exemple, l'excision simple d'un polype du rectum amener des hémorrhagies graves, dans des circonstances où le peu de développement de la tumeur semblait mettre à l'abri de cet accident. M. le docteur Gigon d'Angoulème (1), et M. le professeur Serre de Montpellier en ont publié des exemples remarquables. Nous avons été nous-même témoin de l'observation rapportée par ce dernier chirurgien. Il est donc nécessaire de prévenir constamment cette grave complication, dût-on s'exposer à user quelquefois de précautions inutiles. Aussi on s'accorde à préférer la ligature et à l'employer même préalablement lorsqu'on pratique l'excision. Mais la ligature est loin d'être une opération aisée quand le siége du mal est élevé dans l'intestin, et c'est alors pourtant qu'elle est le plus désirable. Nous avons vu des chirurgiens fort habiles y renoncer après des tentatives infructueuses.

C'est dans de pareilles circonstances que nous n'hésiterions pas à appliquer la méthode de la mortification par compression. Les pinces déjà décrites ou des instru-

---

(1) Séance de l'Académie de Méd., 7 mars 1843.

ments analogues, modifiés suivant la forme particulière et la direction de la tumeur, peuvent être conduits jusqu'à son point de départ pour en saisir et en étrangler le pédicule.

Les instruments représentés par les figures 7, 8 et 9, et dont le mécanisme peu compliqué n'exige aucune explication, indiquent les variétés de forme qu'ils pourraient subir pour suffire aux indications les plus diverses.

Il en est de même relativement à certains polypes des fosses nasales, que l'on ne peut ou que l'on n'ose emporter immédiatement par l'excision. Pour celui qui connaît la difficulté que présente quelquefois l'opération de la ligature, tous les tâtonnements longs et douloureux qu'elle peut entraîner, il ne sera pas indifférent de rechercher si l'on ne pourrait pas la remplacer par la compression exercée directement sur le pédicule de la végétation ; il ne s'agirait plus dès-lors que d'arriver à faire passer derrière ce pédicule une des branches plus ou moins recourbées d'une pince compressive, et de faire ensuite glisser la seconde branche qui, exerçant une action graduée, finirait par mortifier les tissus comprimés. La graduation de cette compression serait autrement facile que celle de l'étranglement que l'on effectue au moyen du serre-nœud ordinaire attribué à Desault. Celui-ci, en effet, ne permet d'augmenter la constriction que par secousse, et le dérangement que nécessite

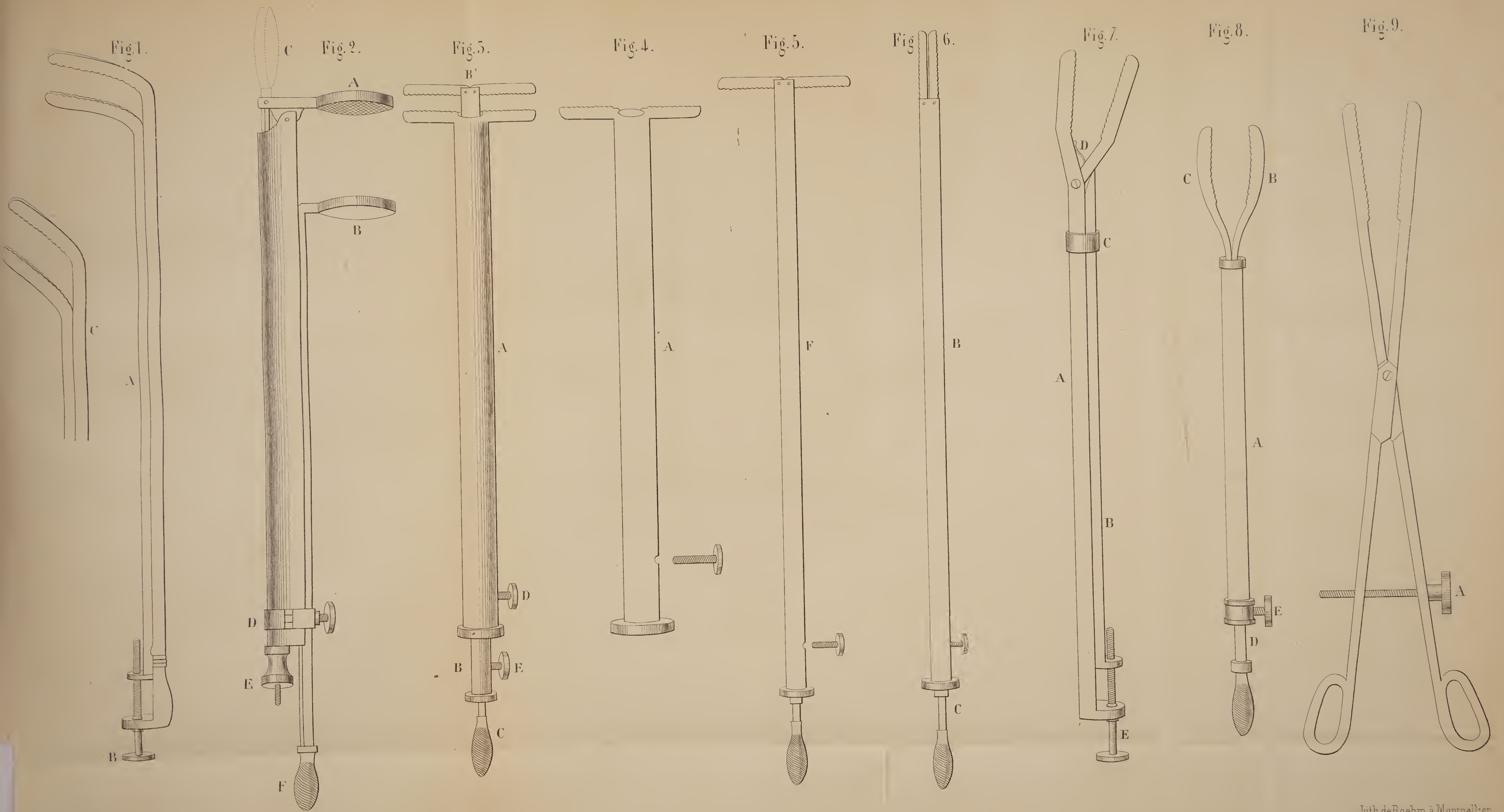
cette manœuvre fait qu'on n'y a recours qu'à des intervalles de temps trop éloignés. Si l'on voulait remédier à cet inconvénient en faisant revivre les serre-nœuds à tourniquet, déjà oubliés, de Roderick ou d'Herbiniaux, il reste toujours le désavantage d'avoir une ligature de substance végétale, qui, par son séjour dans les tissus humides, mortifiés, perd sa cohésion, et peut se rompre au moment où l'on accroît la constriction. Cet accident, que j'ai observé plusieurs fois, s'est produit malgré tous mes soins, le 28 mars 1845, sur un de mes opérés à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Eloi, où je remplaçais M. le professeur Lallemand, et je m'estimai heureux de pouvoir y remédier par une excision immédiate qui me permit d'éviter au malade l'application d'une nouvelle ligature.

Ces réflexions sont toutes en faveur de la substitution d'une pince compressive à la ligature ordinaire.

XLV. L'analogie m'autoriserait peut-être à pousser plus loin la recherche des avantages de la méthode de la *Mortification par compression*, telle que je l'ai décrite dans cet essai. Je pourrais être conduit par des déductions rationnelles à trouver des lésions d'autres cavités (uréthrale, vésicale, utérine) et peut-être même de la surface du corps humain, qui légitimeraient des essais pratiqués dans cette nouvelle voie. Mais, en l'absence de

faits probants, le reproche d'exagération peut facilement atteindre des assertions anticipées. Mon but sera rempli si mes réflexions et les faits qui leur servent de base fournissent des matériaux préparatoires à un progrès clinique réel, et si les praticiens peuvent trouver dans la lecture de ce travail, non la satisfaction stérile d'une vaine curiosité spéculative, mais la confiance en un moyen susceptible d'applications thérapeutiques de la plus haute importance.

FIN.



J Benoît del.

Lith. de Boehm, à Montpellier.

EXPLICATION DES FIGURES.



Fig. 1.

A, pince compressive décrite dans le texte, composée, comme un lithotriteur, de deux branches qui peuvent être introduites séparément dans les cavités ; quand ces branches sont articulées, une vis B sert à rapprocher ou à éloigner leurs mors. — C, même pince, offrant une courbure moins brusque à l'origine des mors.

Fig. 2.

Pince décrite dans le texte. — A, mors supérieur mobile et pouvant être appelé en C par la tige et la vis E. — B, mors inférieur, fixé sur la tige F qui sert à le rapprocher du supérieur, et à le maintenir dans la position voulue au moyen de la vis de pression portée par l'anneau articulé D.

Fig. 3.

Pince en T, signalée dans le texte. — A, tube extérieur portant les mors fixes. — BB', tube intérieur portant les mors mobiles, que retient dans la position voulue la vis de pression D ; ce second tube est traversé par la tige C, qui fait mouvoir les mors mobiles et que maintient dans la position voulue la vis de pression E.

Fig. 4 et 5.

Ces deux figures représentent l'instrument Fig. 3 décomposé. — A, tube extérieur. — F, tube intérieur portant les mors mobiles ramenés à la courbure à angle droit.

Fig. 6.

Cette figure représente la pièce Fig. 5, les mors mobiles étant ramenés dans la direction rectiligne par la traction exercée sur la tige C.

Fig. 7.

Pince compressive destinée à agir à une profondeur trop considérable pour permettre le jeu des pinces ordinaires. — D, ressort qui par son élasticité écarte les deux

mors de la pince. — B, tige glissant sur la tige A et destinée à vaincre l'élasticité du ressort en pressant sur le mors mobile pour fermer la pince. — C, anneau qui maintient la tige B contre la tige principale A. — E, vis de rappel qui fait mouvoir la tige B.

Fig. 8.

Pince compressive composée d'une tige D, qui se divise à l'une de ses extrémités en deux pièces formant les mors B et C. Ces mors s'écartent par l'effet de leur élasticité, lorsqu'on les pousse hors du tube A; ils se rapprochent par l'effet de la pression qu'exerce sur eux ce tube, quand on les retire à soi. La vis E maintient le degré de ce rapprochement au point convenable.

Fig. 9.

Pince compressive dont la vis A gradue et maintient l'action.
